

# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA


## HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ ZAMBRANO



### PROTOCOLO DERMATITIS ATOPICA


	Nombre	Cargo	Firma
<b>Elaborado por:</b>	Dra. Ada Alfonso	MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	
	Dra. Milena Menéndez	MEDICO GENERAL EN FUNCIONES HOSPITALARIAS	
<b>Revisado por:</b>	Dra. Silvia Minango	COORDINADORA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	
	Dr. Leonardo Castro	MEDICO UNIDAD DE CALIDAD	
	Dr. Eladio Ramon	DIRECTOR ASISTENCIAL	
<b>Aprobado por:</b>	Dra. Kathia Tinizaray	GERENTE HOSPITALARIA	

"Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo"

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>2</b> de <b>19</b>

## INDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN .....	3
2.	OBJETIVO .....	3
2.1	Objetivo General .....	3
2.2	Objetivos Específicos .....	3
3.	ALCANCE.....	3
4.	DEFINICIONES Y CONCEPTOS .....	4
5.	DIAGNÓSTICO.....	4
5.1	Cuadro clínico .....	4
5.2	Criterios Diagnósticos .....	5
6.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	7
7.	TRATAMIENTO .....	8
7.1	Medidas generales.....	8
7.2	Manejo farmacológico .....	8
7.3	No farmacológico .....	9
8.	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO .....	10
8.1	Criterios de Ingreso .....	10
8.2	Criterios de Egreso.....	10
9.	ALGORITMO DIAGNOSTICO DERMATITIS ATOPICA .....	11
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	12
11.	CONTROL DE CAMBIOS .....	13
12.	ANEXOS .....	14

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>3</b> de <b>19</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Atópica (DA) es una dermatosis pruriginosa crónica, caracterizada por múltiples exacerbaciones y remisiones que se manifiestan de diferentes formas de acuerdo a la edad del paciente.<sup>1</sup>

La DA es una de las patologías dermatológicas más comunes en los niños, con una prevalencia que varía entre 5 y 20 % en la primera década de la vida,<sup>1</sup> en nuestra Institución Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano (según datos proporcionados por el departamento de estadísticas) ocupa el 42 % del total las consultas ofertadas en los últimos 5 años.

La DA es el resultado de interacciones genéticas, metabólicas, infecciosas, inmunológicas, neuroendocrinas y ambientales, por tal motivo su manejo es complejo, multifactorial y las estrategias van encaminadas hacia los distintos focos patológicos de cada caso en particular.<sup>2</sup>

## 2. OBJETIVO

### 2.1 Objetivo General


Establecer un documento normativo para el diagnóstico de dermatitis atópica con la finalidad de orientar en la toma de decisiones clínicas y mejorar el tratamiento y seguimiento de los pacientes que se atienden en el hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Determinar los criterios para el manejo de la dermatitis atópica.
- Facilitar una escala validada para conocer la gravedad de la enfermedad y brindar un tratamiento oportuno y eficaz.
- Simplificar el abordaje diagnóstico para poder optimizar tiempo y recursos disponibles en nuestro hospital.

## 3. ALCANCE

El presente protocolo servirá como guía para todo el personal médico que brinde atención a los pacientes con cuadros clínicos sugerentes de Dermatitis Atópica en las áreas del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página 4 de 19

#### 4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

**Dermatitis Atópica:** Enfermedad inflamatoria crónica de la piel con signos clínicos de enrojecimiento y prurito, más frecuentes en la infancia y se puede asociar a otras manifestaciones alérgicas como la rinitis alérgica y el asma bronquial.<sup>1</sup>

**Prurito:** Hormigueo o irritación de la piel que provoca el deseo de rascarse en la zona.<sup>1</sup>

**Lesiones Agudas:** Prurito, xerosis, pápulas eritematosas, vesículas con exudado seroso tras el rascado. Afecta a algún segmento del cuerpo

**Lesiones Subagudas:** Prurito moderado, xerosis, pápulas y placas engrosadas y escamosas, pálidas y excoriadas. Lesiones diseminadas que afectan a varios segmentos del cuerpo

**Lesiones Crónicas:** Prurito intenso, xerosis, placas engrosadas (liquenificación) y pápulas fibróticas, costras hemáticas. Lesiones generalizadas.

**Eccema:** Se caracterizan por la combinación de enrojecimiento (eritema), lesiones sobreelevadas (pápulas) y ocasionalmente la aparición de vesículas, según el tiempo de evolución de las lesiones.

**Eritema:** Es una lesión cutánea caracterizada por enrojecimiento de la piel, limitado o extenso, permanente o pasajero, debido a fenómenos vasculares, por vasodilatación (desaparece a la vitropresión, a diferencia de la púrpura).

**Pápulas:** Lesiones de piel sobre elevadas de menos de 10mm de diámetro.

**Vesícula:** Lesiones elevadas, pequeñas de contenido líquido de aspecto claro, cuando el tamaño es grande, toman la denominación de ampollas.<sup>1</sup>


#### 5. DIAGNÓSTICO

##### 5.1 Cuadro clínico

La DA es una enfermedad muy pruriginosa y de curso crónico, multifactorial. el 60% de los casos se manifiestan en el primer año de vida, y el 85% antes de los 5 años, en más del 40% de los casos sanan antes de llegar a adultos.<sup>2</sup> Existen tres variedades clínicas según los grupos de edad en la DA:

##### **Dermatitis Atópica del lactante:**

Afecta desde el primer mes de nacido a los 2 años, caracterizada por una erupción tipo eczema pruriginosa, localizada en cara, cuello y cuero cabelludo.

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>5</b> de <b>19</b>

Con eritema en mejillas, con o sin micro vesículas, exudación, costras serosas o hemáticas y descamación final, respetando zonas periorales, periorbitales y el vértice nasal. En esta es clásico el compromiso de áreas extensoras, dorso de las manos, dorso de los pies y el tronco, A esta edad es frecuente la sobreinfección bacteriana secundaria, el prurito intenso frecuentemente los hace irritables y con muy mal dormir.<sup>2</sup>

### **Dermatitis Atópica del niño:**

Esta etapa comprende desde los 2 años hasta los 12 años de edad. Corresponde a una continuidad de la fase de lactante, o puede manifestarse de novo a esta edad, las manifestaciones clínicas son diferentes, son menos exudativas y se caracterizan por placas liquenificadas en áreas de flexura, especialmente fosa antecubital y poplíteica, muñecas, tobillos y cuello. Las formas clínicas tipo prurigo son comunes a esta edad, con pápulas escoriadas con vesículas o microcostras en su superficie, en las zonas extensoras de las extremidades.<sup>2</sup>

### **Dermatitis Atópica del adolescente -adulto:**

Esta etapa incluye los pacientes mayores de 12 años, que han sido atópicos desde la niñez o inician la enfermedad a esta edad. La dermatitis es más localizada y liquenificada, con una distribución similar a la fase infantil. El compromiso de manos y pies es frecuente. La piel está engrosada y escoriada en las áreas afectadas, principalmente las zonas flexurales (cuello, zona antecubital y fosa poplíteica), otros sitios que se afectan son la cara, cuero cabelludo, muñecas y antebrazos.<sup>1,3</sup>


## **5.2 Criterios Diagnósticos**

El diagnóstico de DA se basa en las manifestaciones cutáneas y la historia clínica del paciente, ya que no hay pruebas de laboratorio específicas de la enfermedad.

Los antecedentes familiares y personales son criterios de gran utilidad. El picor y la recurrencia de la enfermedad, junto a la morfología y distribución típica son los principales datos clínicos a tener en cuenta.

A lo largo de la Historia se han propuesto diferentes formas de diagnóstico. En 1980, establecieron una serie de criterios clasificados como "mayores" y "menores" que se basan en la experiencia clínica y están aceptados universalmente.<sup>4</sup> (1 Criterios diagnósticos de Hanifi y Rajka (1980). 2) Criterios diagnósticos de Williams (1994)

Para el diagnóstico de DA es necesario que el paciente cumpla tres criterios mayores y al menos tres criterios menores. Son aplicables a niños y adultos. (ver anexo I)

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>6</b> de <b>19</b>

## Anexo I: Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka para la DA

### Criterios mayores debe tener tres o más.


1. Prurito
2. Distribución y morfología típica.
  - a. Eccema flexural en adultos.
  - b. Zona extensora y facial en niños
3. Dermatitis crónica recidivante.
4. Historia personal o familiar de atopia (asma, rinitis alérgica, DA)

### Criterios menores deben tener tres o más:

5. Xerosis
6. Ictiosis, hiperlinealidad palmar o queratosis pilar.
7. Reactividad a pruebas cutáneas inmediatas
8. IgE sérico elevado
9. Comienzo a temprana edad.
10. Tendencia a infecciones cutáneas (S. Aureus y herpes simplex) o defecto en la inmunidad mediada por células.
11. Tendencia a dermatitis inespecíficas en manos y pies.
12. Eccema del pezón
13. Queilitis
14. Conjuntivitis recurrente
15. Pliegue infraorbitario de Dennie – Morgan
16. Queratoconos
17. Catarata anterior subcapsular
18. Oscurecimiento Orbitario (Ojeras)
19. Eritema o palidez facial
20. Pitiriasis alba
21. Pliegues anteriores del cuello
22. Prurito al sudar (hipersudoración)
23. Intolerancia a lanas y solventes orgánicos
24. Acentuación perifolicular
25. Intolerancia a Alimentos
26. Curso influenciado por factores Ambientales o emocionales
27. Demografismo blanco

Tomado de: Jaume ME, Teresa M, Pérez G. Dermatitis atópica. 2019;(1):161–75.<sup>17</sup>



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>7</b> de <b>19</b>

## Instrumento de medición de la gravedad de la enfermedad

SCOARD (Scoring of Atopic Dermatitis)<sup>3,5</sup> es la herramienta con mayor validación, Evalúa tres aspectos:

- Extensión de la enfermedad, a través de la regla de los 9.
- Características clínicas (gravedad de las mismas) teniendo en cuenta la presencia de eritema/pigmentación, pápulas/edema, exudación/ costra, excoriación, liquenificación/prurigo y xerosis. Donde 0-ausente, 1-leve, 2-moderada, 3 grave (máxima puntuación 18)
- Síntomas subjetivos a través de una escala visual análoga en relación al prurito y la pérdida de sueño, valorando cada síntoma de 0 a 10 (máxima puntuación 20). (ver anexo II). Evaluación de la calidad de vida en DA.

## 6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La distribución típica y el prurito intenso son claves para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades cutáneas frecuentes en la práctica médica.<sup>4</sup>

**Dermatitis seborreica:** no pruriginosa y de aparición en las primeras semanas de vida, cursa con descamación grasienta de coloración amarillenta y aparición en cuero cabelludo, cejas y pliegues inguinales.

**Dermatitis irritativa de contacto:** suele deberse a sustancias irritativas no alérgicas y delimitadas a la zona de exposición; con frecuencia se asocia a DA por el aumento de sensibilidad cutánea.

**Dermatitis alérgica de contacto:** lesiones similares a la DA, pero limitadas a la zona de contacto con el alérgeno.

**Escabiosis o Sarna:** infección producida por *Sarcoptes scabiei*, se caracteriza por la aparición de lesiones lineales que formarán el surco acarino y vesícula perlada, con prurito preferentemente nocturno y afectación de otros familiares.

**Impétigo y síndrome de piel escaldada por estafilococo:** es frecuente en pacientes con DA la infección por *Stafilococo áureo*.

**Infecciones micóticas:** son eritematosas, con borde activo y descamación; la pitiriasis versicolor se presenta con predominio en la espalda y no es frecuente en la infancia.


**Infecciones virales:** infección por herpes simple, local o diseminada

**Ictiosis vulgar:** enfermedad autosómica dominante dominante con escamas gruesas en extremidades.

**Psoriasis:** se presenta como lesiones eritematoescamosas en placas bien delimitadas, de localización codos y rodillas, con afectación de uñas y cuero cabelludo.

**Enfermedad metabólica:** déficit de zinc, déficit de biótica, fenilcetonuria.

**Dermatitis herpetiforme:** se asocia a celiaquía clínica o subclínica, se presenta como una erupción vesículas muy pruriginosa, simétrica, que afecta las superficies de extensión y I región lumbar.

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>8</b> de <b>19</b>

## 7. TRATAMIENTO

### 7.1 Medidas generales

El manejo óptimo de la DA requiere un enfoque múltiple que implica la eliminación de los factores exacerbantes, la restauración de la barrera cutánea y la hidratación de la piel, la educación del paciente y familiares, todo asociado al tratamiento farmacológico de la inflamación de la piel. Como principal pilar tenemos que lograr una alianza terapéutica, es importante abordar las preocupaciones específicas y el reconocimiento de las tensiones asociadas a esta enfermedad crónica.<sup>1,6,7</sup>

Puntualmente debemos cumplir con los siguientes factores:

- Evitar factores desencadenantes como el calor y la baja humedad: la hidratación de la piel es fundamental, los emolientes se deben utilizar dos veces al día.
- Uso de baños o duchas tibias con limpiadores suaves debe ser parte del cuidado rutinario.
- Tratar infecciones de la piel como *Stafilococcus aureus* y herpes simplex.
- Usar antihistamínicos para la sedación y el control de la picazón
- Manejar el estrés y la ansiedad.

### 7.2 Manejo farmacológico

#### Emolientes/ humectantes:


En revisiones sistémicas realizadas en el año 2017<sup>8</sup> por el grupo Cochrane se demostró que el uso de emolientes y humectantes disminuye la incidencia de exacerbaciones y la cantidad de corticoides tópicos utilizados deben ser aplicados dos veces al día e inmediatamente después del baño, en una cantidad mínima de 250gr por semana para adultos y en niños cantidades inferiores a 250gr. Existen múltiples alternativas disponibles donde se destacan los preparados con Urea al 5-10%.<sup>8</sup>

#### Corticoides tópicos:

Existe amplia evidencia a favor del uso de los mismos en fases de exacerbaciones. Se clasifican según su potencia en 7 grupos (Clasificación Americana) desde grupo 1 de superpotencia a grupo 7 de muy baja potencia, los vehículos utilizados (ungüento, crema, loción, etc), también influirá en el tratamiento (Anexo III).

La evidencia actual recomienda el uso una vez al día por dos semanas seguidas, según la evolución del paciente. Debemos escoger el corticoide también dependiendo del área corporal a tratar, También está aprobado su uso como terapia de mantenimiento, disminuyendo el número de exacerbaciones al paciente 2 veces por semana por hasta 20 semanas.<sup>9</sup>



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>9</b> de <b>19</b>

### **Inhibidores de Calcineurina Tópicos:**

Están especialmente indicados en áreas sensibles de la piel por su mayor seguridad. Existe consenso en que su uso dos veces por semana como terapia de mantención disminuye la incidencia de recaídas. Su principal efecto secundario es la irritación de la piel la cual ocurre en las primeras 48-72 horas de iniciado su uso, por lo que se recomienda utilizar protección solar disponible, tenemos a disposición el Tracolimus en ungüento al 0,1 y 0,03%, con evidencia a favor de la presentación al 0,1%.<sup>10</sup>


### **Antihistamínicos orales:**

Los antihistamínicos H1 orales se usan ampliamente como complemento terapéutico en pacientes con dermatitis atópica para aliviar el prurito.<sup>11</sup> La evidencia que apoya su uso es relativamente débil ya que no se han realizado ensayos grandes, aleatorizados, controlados con placebo con conclusiones definitivas. Sin embargo, los antihistamínicos sedantes de primera generación (p. ej., difenhidramina, hidroxicina y ciproheptadina) pueden ser beneficiosos para los pacientes con trastornos del sueño secundarios a la picazón, aunque no se han determinado las dosis óptimas ni la duración del tratamiento.<sup>12</sup>

- La eficacia de los antihistamínicos H1 de segunda generación menos sedantes, como la fexofenadina, la cetirizina o la loratadina, como complemento del tratamiento tópico en adultos y niños con dermatitis atópica sigue siendo incierta, y su uso debe limitarse a pacientes con síntomas concurrentes de urticaria o rinitis alérgica. Una revisión sistemática de 2019 de 25 ensayos aleatorios, la mayoría de los cuales eran de baja calidad metodológica, no encontró evidencia de que estos agentes sean efectivos para mejorar los síntomas de la dermatitis atópica.<sup>13</sup> En uno de los ensayos que incluyó a 795 niños de uno a dos años de edad con eczema, la cetirizina 0.5 mg / kg por día durante 18 meses no fue más efectiva que el placebo para reducir la puntuación de dermatitis atópica (SCORAD) (de 24.9 a 15.2 en el grupo de cetirizina y de 25.1 a 15.7 en el grupo de placebo).<sup>14</sup> Otro estudio que incluyó a 400 pacientes adultos con dermatitis atópica encontró que fexofenadina 120 mg diarios durante una semana redujo el prurito evaluado por el paciente más que el placebo, aunque la reducción probablemente no fue clínicamente significativa (cambio medio -0.75 en el grupo de fexofenadina versus -0.5 en el grupo placebo en una escala de prurito de 0 a 8)<sup>15</sup>

### **7.3 No farmacológico**

La clave en el manejo de esta entidad es la Educación a familiares o pacientes, se debe explicar la condición de enfermedad crónica de evolución intermitente, por lo que el tratamiento se enfoca en lograr remisión de la crisis no la curación

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>10</b> de <b>19</b>

total, además orientar sobre el manejo de los medicamentos y posibles efectos adversos.<sup>16</sup>

## 8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

El manejo y tratamiento de la dermatitis atópica es individual, dependiendo de la forma de manifestarse y la capacidad para un buen manejo de la terapéutica por lo que pudiéramos valorar la hospitalización en los siguientes casos.

### 8.1 Criterios de Ingreso

- Casos graves donde haya más del 10 % de la superficie corporal, con afectación de áreas especiales como la cara cuello, genitales y palmo - plantar.
- En pacientes donde se presentan infecciones tanto bacterianas, virales y micóticas sobre añadidas.
- Si la enfermedad genera un gran impacto en la calidad de vida del paciente.

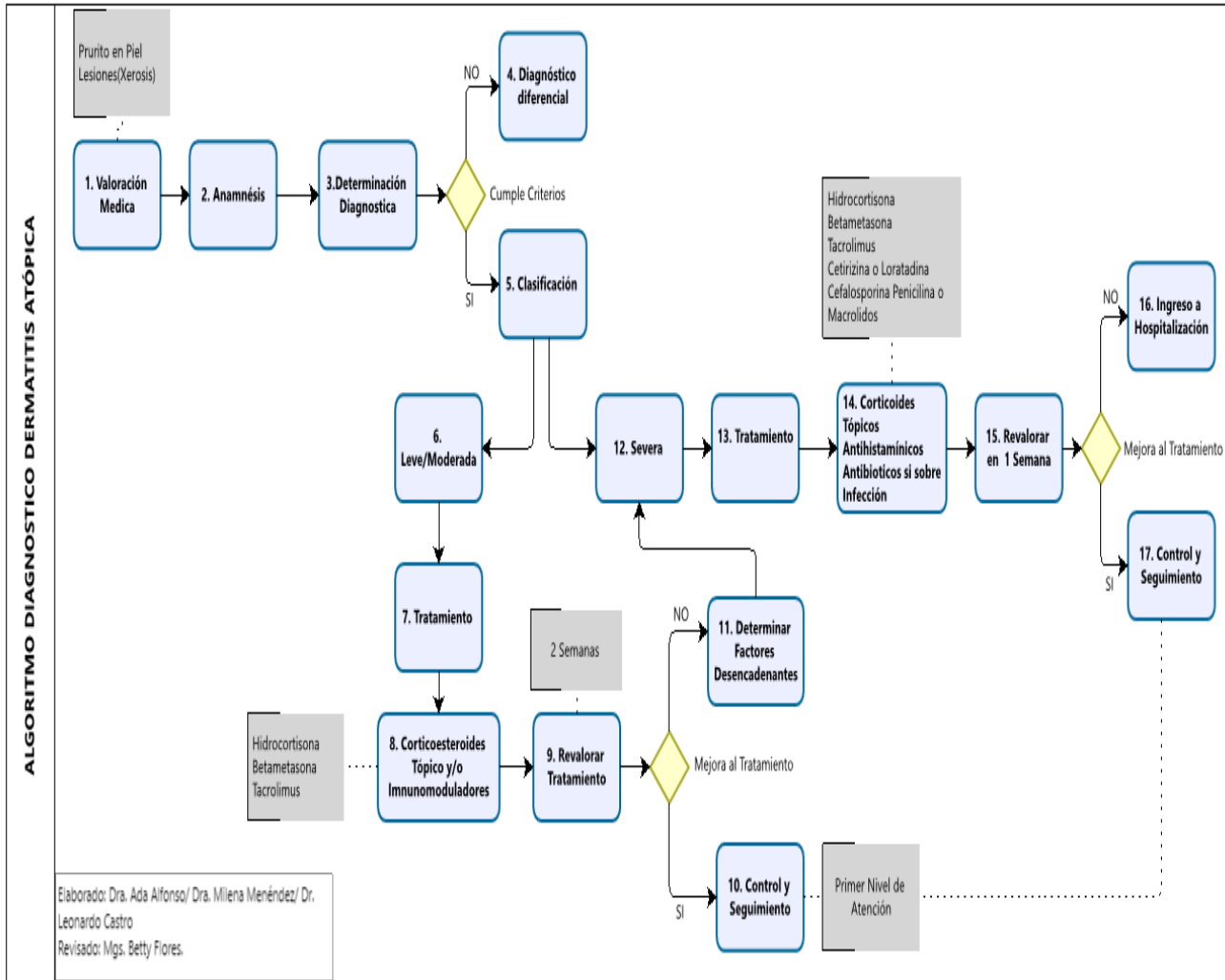
No obstante, cabe señalar que el manejo de cada paciente es independiente y relativo.


### 8.2 Criterios de Egreso

- Resolución de los criterios de ingreso.
- No requerimiento de hospitalización

DOCUMENTO CONTROLADO


## 9. ALGORITMO DIAGNOSTICO DERMATITIS ATOPICA



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>12</b> de <b>19</b>

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. Eccema/dermatitis. In: Fitzpatrick Atlas de Dermatología Clínica, 7e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015. Available from: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1161397719>
2. Krakowski AC, Eichenfield LF, Dohil MA. Management of atopic dermatitis in the pediatric population. *Pediatrics*. 2008 Oct;122(4):812–24.
3. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Dec;34(12):2717–44.
4. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Feb;70(2):338–51.
5. Schram ME, Spuls PI, Leeflang MMG, Lindeboom R, Bos JD, Schmitt J. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. *Allergy*. 2012 Jan;67(1):99–106.
6. RAIMER S. An exploratory prospective observational study of environmental factors exacerbating atopic eczema in children Langan SM, Bourke JF, Silcocks P, et al (South Infirmary-Victoria Hosp, Cork, Ireland; Queen's Med Centre, Nottingham, England; Univ of Nottingham. *Yearb Dermatology Dermatologic Surg*. 2007 Jan 1;2007:66–7.
7. Farasat H. Cochrane review update: Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Community Pract*. 2014;87(9):11–2.
8. Ellis C, Luger T, Abeck D, Allen R, Graham-Brown RAC, De Prost Y, et al. International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): clinical update and current treatment strategies. *Br J Dermatol*. 2003 May;148 Suppl:3–10.
9. Green C, Colquitt JL, Kirby J, Davidson P. Topical corticosteroids for atopic eczema: Clinical and cost effectiveness of once-daily vs. more frequent use. *Br J Dermatol*. 2005;152(1):130–41.
10. Berger TG, Duvic M, Van Voorhees AS, VanBeek MJ, Frieden IJ. The use of topical calcineurin inhibitors in dermatology: safety concerns. Report of the American Academy of Dermatology Association Task Force. *J Am Acad Dermatol*. 2006 May;54(5):818–23.
11. He A, Feldman SR, Fleischer ABJ. An assessment of the use of antihistamines in the management of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Jul;79(1):92–6.
12. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad*

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>13</b> de <b>19</b>

- Dermatol. 2014 Aug;71(2):327–49.
13. Mattered U, Böhmer MM, Weisshaar E, Jupiter A, Carter B, Apfelbacher CJ. Oral H1 antihistamines as “add-on” therapy to topical treatment for eczema. Cochrane database Syst Rev. 2019 Jan;1(1):CD012167.
  14. Diepgen TL. Long-term treatment with cetirizine of infants with atopic dermatitis: a multi-country, double-blind, randomized, placebo-controlled trial (the ETAC trial) over 18 months. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol.* 2002 Aug;13(4):278–86.
  15. Kawashima M, Tango T, Noguchi T, Inagi M, Nakagawa H, Harada S. Addition of fexofenadine to a topical corticosteroid reduces the pruritus associated with atopic dermatitis in a 1-week randomized, multicentre, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Br J Dermatol.* 2003 Jun;148(6):1212–21.
  16. Stein Gold LF, Eichenfield LF. Nonpharmacologic strategies and topical agents for treating atopic dermatitis: an update. *Semin Cutan Med Surg.* 2017 Mar;36(2 Suppl 2):S42–4.
  17. Jaume ME, Teresa M, Pérez G. Dermatitis atópica. 2019;(1):161–75.
  18. Pounders CM. Treatment of atopic dermatitis. *South Med J.* 1954;47(8):787–9.
  19. George SM, Karanovic S, Harrison DA, Rani A, Birnie AJ, Bath-Hextall FJ, et al. Interventions to reduce *Staphylococcus aureus* in the management of eczema. *Cochrane database Syst Rev.* 2019 Oct;2019(10).

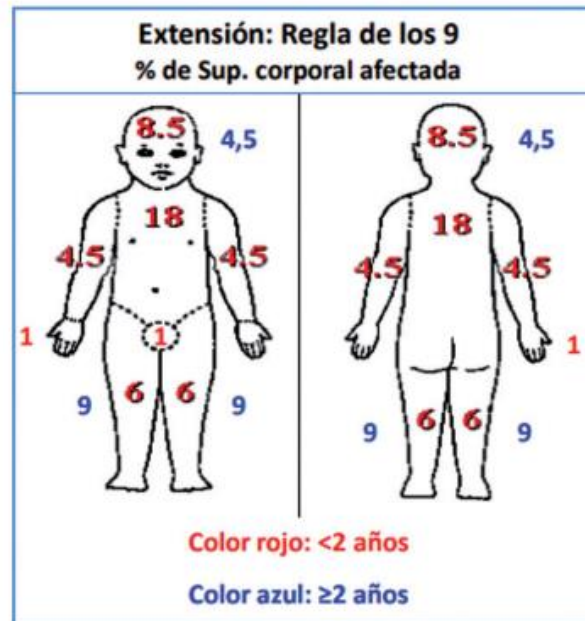
## 11. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN DEL CAMBIO	VERSION
29 septiembre 2023	Versión de Inicial	N/A	1.0

## 12. ANEXOS

### 12.1 Anexo II: Índice SCORAD (Scoring Atopic of Dermatitis)

# Índice SCORAD



**Leve: 0-25**  
**Moderado: 25-50**  
**Grave: > 50**

Valor máximo posible: 103



**A: Extensión, indicar % superficie afectada**

**B: Intensidad**

**C: Síntomas**  
Prurito y pérdida de sueño

Criterio	Puntos	Promedio del área evaluada
Eritema		0: Ausencia
Pápulas-edema		1: Leve
Exudación, costras		2: Moderado
Excoriación rascado		3: Intenso
Engrosamiento		Se valora la piel no afectada
Sequedad		

**Indice SCORAD**  
 $A/5 + 7B/2 + C$

**Escala VISUAL**  
Promedio 3 últimos días

Prurito: 0 a 10

Pérdida de sueño: 0 a 10


0  10

**Superficie corporal afectada: \_\_/100**

(Las áreas de sequedad sin eritema no se contabilizan. Redondear al valor más próximo múltiplo de 5, excepto si la extensión es inferior al 5 %)

Tomado de: Jaume ME, Teresa M, Pérez G. Dermatitis atópica. 2019;(1):161-75. <sup>17</sup>




 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>15</b> de <b>19</b>

**12.2 Comparación de preparaciones tópicas de corticosteroides tópicos representativas (clasificadas según el sistema de los Estados Unidos)**


<b>Grupo de potencia*</b>	<b>Corticosteroide</b>	<b>Tipo/formulario de vehículo</b>	<b>Concentración(es) disponible(s), porcentaje (excepto como se indica)</b>
<b>Potencia súper alta (grupo 1)</b>	Dipropionato de betametasona aumentado	Ungüento (optimizado)	0.05
		Gel, loción	0.05
	Propionato de clobetasol	Crema, ungüento	0.05
		Gel, solución (cuero cabelludo)	0.05
		Nata	0.05
		Crema (base emoliente)	0.05
		Loción, champú, aerosol en aerosol	0.05
		Espuma en aerosol	0.05
		Loción	0.05
		Ungüento	0.05
		Champú	0.05
		Solución (cuero cabelludo)	0.05
	Fluocinonida	Nata	0.1
	Flurandrenolide	Cinta (rollo)	4 mcg/cm <sup>2</sup>
	Propionato de halobetasol	Loción	0.05
		Crema, ungüento	0.05
Espuma		0.05	
<b>Alta</b>	Amcinonida	Ungüento	0.1

<b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>16</b> de <b>19</b>

<b>potencia (grupo 2)</b>	Dipropionato de betametasona	Ungüento	0.05
		Crema, formulación aumentada (AF)	0.05
	Propionato de clobetasol	Nata	0.025
	Diacetato de diflorasona	Ungüento	0.05
		Crema (emoliente)	0.05
	Fluocinonida	Crema, gel, ungüento, solución	0.05
	Propionato de halobetasol	Loción	0.01
<b>Alta potencia (grupo 3)</b>	Dipropionato de betametasona	Crema (emoliente hidrófilo)	0.05
	Valerato de betametasona	Ungüento	0.1
		Espuma	0.12
	Desoximetasona	Crema, ungüento	0.05
	Diacetato de diflorasona	Nata	0.05
	Fluocinonida	Crema (emoliente acuosa)	0.05
	Propionato de fluticasona	Ungüento	0.005
	Furosato de mometasona	Ungüento	0.1
Acetónido de triamcinolona	Crema, ungüento	0.5	
<b>Potencia media (grupo 4)</b>	Dipropionato de betametasona	Rociar	0.05
	Acetónido de fluocinolona	Ungüento	0.025


 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>17</b> de <b>19</b>

	Flurandrenolide	Ungüento	0.05
	Valerato de hidrocortisona	Ungüento	0.2
	Furosato de mometasona	Crema, loción, solución	0.1
	Acetónido de triamcinolona	Nata	0.1
		Ungüento	0.1
		Ungüento	0.05
		Aerosol en aerosol	0,2 mg por pulverización de 2 segundos
		Pasta dental	0.1
<b>Potencia media-baja (grupo 5)</b>	Dipropionato de betametasona	Loción	0.05
	Valerato de betametasona	Nata	0.1
	Desonida	Ungüento	0.05
		Gel	0.05
	Acetónido de fluocinolona	Nata	0.025
	Propionato de fluticasona	Loción	0.05
	Butirato de hidrocortisona	Crema, loción	0.1
		Ungüento, solución	0.1
	Probutato de hidrocortisona	Nata	0.1
	Valerato de hidrocortisona	Nata	0.2
	Prednicarbató	Crema (emoliente), ungüento	0.1
	Acetónido de triamcinolona	Loción	0.1
Ungüento		0.025	

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>18</b> de <b>19</b>

<b>Baja potencia (grupo 6)</b>	Dipropionato de alclometasona	Crema, ungüento	0.05
	Valerato de betametasona	Loción	0.1
		Nata	0.05
			Loción
	Acetónido de fluocinolona	Crema, solución	0.01
		Champú	0.01
		Aceite <sup>Δ</sup>	0.01
	Acetónido de triamcinolona	Crema, loción	0.025
	<b>Menos potente (grupo 7)</b>	Hidrocortisona (base, ≥2%)	Nata
Ungüento			2.5
Loción			2
Solución			2.5
Hidrocortisona (base, <2%)		Ungüento	1
		Nata	1
		Gel	1
		Loción	1
		Rociar	1
		Solución	1
		Crema, ungüento	0.5
		Nata	0.5
Acetato de hidrocortisona		Nata	2.5
		Nata	1
		Loción	2

Modificado de: UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Aug 17]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-atopic-dermatitis-eczema?search=dermatitis%20at%C3%B3pica&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-atopic-dermatitis-eczema?search=dermatitis%20at%C3%B3pica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1)<sup>18</sup>

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Estado: <b>APROBADO</b>
	Protocolo Dermatitis Atópica	Fecha: 29/09/2023
	UECQ-HSP-MIN-PC-DA-001	Página <b>19</b> de <b>19</b>

### 12.3 Tratamiento antibiótico oral para la sobreinfección bacteriana\*

Medicación	Dosis para adultos	Dosis para niños <sup>¶</sup>
<b>Preferible</b>		
Cefalexina <b>o</b>	250 a 500 mg 4 veces al día	25 a 50 mg / kg por día en 3 a 4 dosis divididas
Dicloxacilina	250 a 500 mg 4 veces al día	25 a 50 mg / kg por día en 4 dosis divididas
<b>Alternar para la hipersensibilidad a la penicilina y cefalosporina</b>		
Eritromicina (base) <sup>Δ</sup> <b>o</b>	250 mg 4 veces al día	40 mg/kg por día en 3 a 4 dosis divididas
Claritromicina <sup>Δ</sup>	250 mg dos veces al día	15 mg/kg por día en 2 dosis divididas
<b>Si se sospecha o se confirma MRSA</b>		
Doxiciclina <sup>◇</sup> <b>o</b>	100 mg dos veces al día	2 a 4 mg / kg por día en 2 dosis divididas
Trimetoprima-sulfametoxazol <b>o</b>	1 a 2 tabletas de doble concentración dos veces al día	8 a 12 mg/kg (trimetoprima) por día en 2 dosis divididas
Clindamicina <sup>§</sup>	450 mg 3 veces al día	30 mg/kg por día en 3 dosis divididas

Tomado de: George SM, Interventions to reduce Staphylococcus aureus in the management of eczema. Cochrane database Syst Rev. 2019 Oct;2019<sup>19</sup>

La antibioticoterapia oral está indicada para controlar la transmisión durante los brotes. Se recomienda un curso de 7 días de tratamiento antibiótico oral.

SARM: *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina.

\* Las dosis enumeradas en la tabla son para pacientes con función renal normal; Las dosis de algunos agentes deben ajustarse en pacientes con insuficiencia renal.

¶ La dosis única máxima no debe exceder la dosis para adultos.

Δ Algunas cepas de *Staphylococcus aureus* y estreptococos beta-hemolíticos pueden ser resistentes a los macrólidos. Aunque las tetraciclinas pueden causar decoloración permanente de los dientes en niños menores de 8 años, la doxiciclina se une menos al calcio que otras tetraciclinas. Por lo tanto, se pueden administrar ciclos cortos de doxiciclina (21 días o menos) a los niños que pertenecen a este grupo de edad.

§ Resistencia cruzada potencial en aislados resistentes a la eritromicina; resistencia inducible en MRSA.